

Faculté de Médecine de Paris'

Année 1892

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 novembre 1892, à 1 heure

PAR

EUGÈNE FRETIER

Né à Daumeray (Maine-et-Loire), le 17 Mars 1853

DES INFLAMMATIONS

DU CANAL DE STÉNON

EN DEHORS DE LA PRÉSENCE DE CALCULS SALIVAIRES

Président : M. TILLAUX

Juges: MM. { JOFFROY
TUFFIER } Agrégés.
LEJARS }

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE E. WATELET

18, Rue d'Odessa, 18

1892

Faculté de Médecine de Paris

Année 1892

THÈSE

N^o _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 novembre 1892, à 1 heure

PAR

EUGÈNE FRETIER

Né à Daumeray (Maine-et-Loire), le 17 Mars 1853

DES INFLAMMATIONS

DU CANAL DE STÉNON

EN DEHORS DE LA PRÉSENCE DE CALCULS SALIVAIRES

Président : M. TILLAUX

*Juges : MM. { JOFFROY
TUFFIER } Agrégés.
LEJARS }*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE E. WATELET

18, Rue d'Odessa, 18

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	N.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE	REITTERER
ANDRE.	FAUCONNIER	MAYGRIER	RICARD
BALLET	GAUCHER.	MENETRIER.	ROGER.
BAR	GILBERT	NELATON	SCHWARTZ
BRISAUD	GLEY	NETTER	SEBILEAU.
BRUN	HEIM.	POIRIER, chef	TUFFIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	anatomiques	VILLEJEAN
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	WEISS
DEJERINE	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES DEUX PETITES FILLES

Renée et Marcelle

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552005_0033

PRÉFACE

Le malade, dont l'observation fait le point de départ de notre thèse, nous a été montré, en 1889, dans le service du Professeur Trélat, par notre ami, M. Arrou, son interne, qui a bien voulu nous laisser prendre quelques notes sur ce cas assez singulier. Nous avons revu le malade plusieurs fois à l'Hôpital de la Charité, à l'Hôpital Andral où il était infirmier. — Dernièrement, M. Walther, chef de clinique du Professeur Trélat, en 1889, et connaissant le jeune malade, l'a revu et a présenté à son sujet une note à la Société Anatomique.

C'est en utilisant cette note, celle assez étendue que nous avons prise nous-même et les détails complémentaires qui nous ont été fournis par M. Arrou, que nous avons pu établir tout au

long l'observation qu'on lira plus loin et dont nous nous sommes inspiré pour ce modeste travail.

Mais avant d'entrer en matière, nous tenons à témoigner notre vive reconnaissance à M. le Professeur Tillaux, l'excellent et vénéré maître, pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée, et tout particulièrement pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien présider notre thèse.

Que M. Arrou reçoive aussi nos remerciements : c'est à ses bons conseils que nous aurons dû de mener à bien la tâche que nous nous étions imposée.

DES INFLAMMATIONS DU CANAL DE STÉNON

EN DEHORS DE LA PRÉSENCE DE CALCULS SALIVAIRES

INTRODUCTION

Le sujet que nous abordons a été peu étudié jusqu'à nos jours.

Aucune thèse, que nous sachions, ne recueille les faits chroniques, ou plutôt subaigus : quant aux faits aigus, il y a celle de Laurent, la communication de Terrier à la Société de Chirurgie et quelques observations éparses.

Il ne s'agira pas ici des infections buccales propagées de la bouche à la parotide elle-même, comme au cours des fièvres graves (fièvre typhoïde, par exemple) : ce sont des parotidites vraies. Nous n'avons en vue, bien au contraire, que l'inflammation du canal.

Il ne s'agira pas non plus des inflammations succédant aux calculs : ceux-ci, produisant, entre

autres choses, la colique salivaire, peuvent sans doute être un appel pour l'inflammation. Mais, de par le titre donné à ce travail, nous les mettons hors de cause.

Il sera donc question des inflammations du canal de Sténon lui-même, localisées à lui, relevant d'une cause buccale, ou sans cause nettement reconnue.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Nous disions plus haut que le sujet avait été peu étudié jusqu'ici ; nous pouvons ajouter qu'il est étudié depuis peu de temps.

En France, il faut arriver jusqu'en 1856, à la remarquable observation de Demarquay. Il s'agissait d'une inflammation du canal de Sténon de chaque côté chez un homme de 40 ans. La bouche du malade était en bon état. Il avait eu une première crise qui avait duré cinq jours, puis cinq ou six autres en trois ans. Après cinq ans écoulés, commencent à apparaître du pus et de la crépitation gazeuse : en effet, en pressant sur la région parotidienne, on fait sortir de la salive contenant des bulles d'air et du pus. Les deux conduits de Sténon sont dilatés, ils peuvent admettre dans leur intérieur un stylet de trousse. Si l'on engage le malade à souffler, après avoir fermé la bouche et en pinçant le nez, on voit les régions parotidiennes se distendre par l'air expiré. Dans ce premier cas, à cause de la crépitation, nous pouvons conclure que l'inflammation s'était propagée aux ramifications du canal de Sténon.

En 1859, deux observations de Chassaignac. Dans un premier cas, un homme de 32 ans a, chaque année, depuis sa se-

conde enfance, des accès douloureux avec distension de la parotide ; mais, depuis un certain nombre d'années, le malade s'aperçoit que les périodes aiguës vont en diminuant d'intensité. En appuyant sur la parotide, on fait sourdre une goutte de pus par l'orifice buccal du canal de Sténon. Pas un mot de la crépitation.

Dans un deuxième cas, chez un homme de 34 ans, la tumeur va en augmentant insensiblement pendant six semaines. A la pression, on voit du pus suinter à l'orifice du canal de Sténon. Rien au sujet de la crépitation, rien au sujet de la douleur, puisque la tumeur augmente insensiblement.

Il faut ensuite venir jusqu'en 1880, à l'observation de Terrier. Chez son malade âgé de 35 ans, l'orifice du canal de Sténon, blanchâtre, était occupé par un aphte et semblait oblitéré, en ce sens qu'il ne s'écoulait pas de salive par son ouverture. Le gonflement parotidien s'était produit pendant le déjeuner : pas de crépitation, gêne un peu douloureuse en arrière de l'angle maxillaire. Un fin stylet est introduit dans le canal, puis la salive jaillit. Absence de tout corps étranger dans le canal. Guérison en 24 heures.

Dans sa thèse, 1881, Laurent rapporte une observation toute personnelle. Par erreur, pour se laver les dents, il prit une fiole contenant une solution de sublimé corrosif. Immédiatement, sensation de violente brûlure ; au moment de manger, les parotides augmentent considérablement de volume et sont le siège de vives douleurs. Nombreuses ulcérations dans la bouche, notamment une au voisinage de l'orifice du canal de Sténon. Un demi-heure après le repas, disparition presque complète des phénomènes qui se reproduisent aux repas sui-

vants, mais vont en s'améliorant et disparaissent en même temps que les ulcérations.

En 1892, trois observations de Walther. Dans la première, un homme de 38 ans est pris brusquement d'un gonflement douloureux de la région parotidienne qui dure peu de jours, mais reparait à plusieurs reprises dans l'espace d'une année. (Un médecin consulté croit aux oreillons.) Au moment de l'examen, au 12^e mois, l'orifice du canal de Sténon, largement béant, donnait passage à de la salive mélangée de pus, même d'un peu de sang : le canal de Sténon était rempli de gaz. Le malade vidait facilement son canal par succion. On percevait la crépitation jusqu'au bord postérieur du masséter : elle était donc localisée au canal.

Dans la deuxième observation, chez une femme de 25 ans, dans l'espace d'une année, cinq poussées de parotidite subaiguë du côté droit. De plus, il y avait infiltration de gaz non seulement dans le canal de Sténon, mais dans la partie moyenne, centrale, dans les premiers lobules de la parotide (crépitation). L'extraction de deux molaires, profondément cariées, situées en face de l'orifice du canal, paracheva la guérison commencée avec l'eau naphtolée.

La troisième observation est la suite du cas que nous avons observé : nous y reviendrons en temps et lieu.

A l'étranger, nous ne trouvons également que quelques observations espacées.

C'est d'abord une bonne observation de Kussmaul, 1879. Chez sa malade, il y avait eu, à plusieurs reprises, un léger gonflement de la joue droite dans la région parotidienne ; puis,

un jour, la joue enfla brusquement et le gonflement dura une demi-heure. Mêmes accès tous les cinq à six mois pendant deux ans, et toujours pendant les repas. Jamais de fièvre. La tumeur se vidait et il sortait d'abord du pus, mélangé de cylindres fibrineux ; puis apparaissait de la salive claire. La malade se soulageait elle-même en se sondant.

En 1881, observation de Stiller. Chez son malade, une tumeur s'était formée brusquement à la joue droite pendant le repas de midi. La pression était désagréable, mais non douloureuse. Rien de particulier dans la bouche. En malaxant sa joue, le malade fit sortir une masse muco-purulente, et aussitôt après sa bouche fut remplie d'un liquide clair. Mêmes symptômes tous les trois à six mois, toujours pendant les repas et toujours, à la pression, sortie de pus, puis de salive claire.

Enfin une troisième observation de Deichmuller. Il s'agit d'un souffleur de verre qui remarqua un jour une tumeur à la joue droite, tumeur qui était augmentée chaque fois qu'il revenait du travail et qui diminuait pendant le repos. Deichmuller ponctionna la tumeur d'où l'air s'échappa en sifflant, y injecta de l'iode, puis, quelques jours après, l'incisa. L'auteur conclut à une rupture du canal de Sténon, provoquée par les efforts que réclamait le métier de son malade. Nous reviendrons plus loin sur cette observation, d'ailleurs assez obscure, et tâcherons de l'interpréter.

CHAPITRE II

DESCRIPTION DE LA MALADIE

PRÉCÉDÉE DES OBSERVATIONS

Il n'existe nulle part de description de cette affection ; à peine cinq lignes trop courtes, dernièrement publiées dans l'article de Hartmann du *Traité de Chirurgie*.

Bien plus, dans cet article, sont citées pêle-mêle des observations ayant trait, les unes à l'inflammation du canal de Sténon, d'autres à l'inflammation du canal de Wharton. Or, rarement, certains symptômes de l'inflammation du canal de Sténon, par exemple la crépitation gazeuse, s'observent nettement dans l'inflammation du canal de Wharton.

Pour combler cette lacune, nous essayerons une description clinique ; mais nous ne saurions le faire avant d'avoir fourni les observations sur lesquelles cette description peut et doit s'appuyer.

Nous allons donc, dès maintenant, présenter ces observations, en suivant l'ordre chronologique et en terminant par celle qui nous est personnelle.

OBSERVATION I.

(DEMARQUAY. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1856, t. VII, page 181.)

Tumeurs parotidiennes avec crépitation à la pression et écoulement abondant de salive mêlée d'air et de muco-pus, produites par la dilatation du canal de Sténon et de ses divisions.

Dans la séance du 5 novembre 1856, M. Demarquay présente un malade au sujet duquel il donne les détails suivants :

M. X..., tailleur, âgé de 40 ans, est d'une bonne constitution, jouit habituellement d'une excellente santé, n'a jamais eu aucune maladie de l'oreille ni de la bouche ; il n'a pas de dents cariées. Il ne fait jamais d'excès de table, il fume depuis l'âge de 14 ans et consomme actuellement environ 15 grammes de tabac par jour.

Il y a quatre ans, il remarqua de la tuméfaction au niveau de chaque région parotidienne ; toutefois, le côté gauche était moins enflé que le droit. Il y éprouvait en même temps une douleur qui augmentait lorsqu'il avait mangé ; mais après le repas, la tuméfaction était diminuée. Ces accidents disparurent d'eux-mêmes au bout de cinq jours environ ; mais, six mois après, les mêmes phénomènes se reproduisirent, et, comme il souffrait beaucoup, il appliqua des cataplasmes chauds de farine de lin et de sel. Il fut de nouveau débarrassé en cinq jours ; il paraît que, depuis, les accidents sont revenus cinq ou six fois dans l'espace de trois ans.

Il y a un an, il s'aperçut qu'il salivait plus qu'à l'ordinaire et qu'il éprouvait en même temps des douleurs lancinantes dans les régions parotidiennes tuméfiées ; ces douleurs étaient assez vives pour troubler son sommeil. Il ne remarquait cependant pas encore de pus dans sa salive ; il ne sentait aucune crépitation en pressant sur la partie tuméfiée ; pas de tintements ni de bourdonnements dans les oreilles

Il y avait 15 jours qu'il était dans cet état, lorsqu'il s'aperçut, après avoir mangé, que la tuméfaction était diminuée, et, en pressant sur la tumeur, il sentit un peu de crépitation; à ce moment aussi il remarqua qu'il y avait du pus dans sa salive. Il fit usage, à cette époque, de gargarismes d'eau salée et de cataplasmes; mais, n'obtenant aucune amélioration, il alla consulter un médecin qui lui fit faire des frictions avec une pommade iodurée. Plus tard, il demanda l'avis de M. Velpeau qui conseilla l'application d'un vésicatoire de chaque côté; mais le malade n'en obtint aucun changement dans son état et se mit des compresses imbibées d'eau sédative.

Au bout de quatre mois, toute tuméfaction était disparue; le malade éprouvait seulement de temps en temps quelques élancements à l'endroit où elle avait existé, lorsque, il y a deux mois, il ressentit de nouveau dans chaque région parotidienne une douleur très vive, mais moins forte que précédemment, et s'aperçut qu'il y avait du pus dans sa salive. Il vint alors consulter M. Demarquay; voici ce qui fut constaté :

Les deux régions parotidiennes sont tuméfiées, la droite plus que la gauche; cette tuméfaction est bien limitée au niveau du bord maxillaire inférieur; elle est, au contraire, en quelque sorte étalée dans les autres points de la région et se termine insensiblement. Si l'on y exerce une légère compression, on produit une crépitation fine rappelant celle de l'emphysème. En explorant la cavité buccale, on observe que les deux conduits de Sténon sont dilatés; ils peuvent admettre dans leur intérieur un stylet de trousse, et, en pressant sur la région parotidienne, on fait sortir de la salive contenant des bulles d'air et du pus; le malade dit que la salive qui s'écoule ainsi lui paraît froide. Si l'on vient alors à presser sur les parotides, on ne produit plus de crépitation; la tuméfaction est presque disparue. Enfin, si l'on engage le malade à souffler, après avoir fermé la bouche et en pinçant le nez pour empêcher l'air de sortir, on voit les régions parotidiennes se distendre par l'air expiré.

M. Demarquay a fait exercer la compression sur chaque région parotidienne au moyen d'une cardé de coton et d'une bande en caoutchouc.

— La communication terminée, M. Morel Lavallée examine la tu-

meur et n'y trouve pas de crépitation multiple ; d'après cela et d'après la rapidité avec laquelle la tumeur se vide, il pense que le canal de Sténon et ses grosses ramifications sont seuls dilatés.

M. Demarquay affirme qu'il a toujours senti une crépitation fine, et soutient, en conséquence, que la dilatation gagne les plus petites ramifications du conduit excréteur.

OBSERVATION II.

(CHASSAIGNAC. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, 1859, tome II, page 194. — Article V : Abscès de la région parotidienne.)

Obs. 357. — *Parotidite purulente canaliculaire*.

Munier (François), 32 ans, est entré le 8 novembre 1856 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 27.

Cet homme est affecté, depuis sa seconde enfance, d'un catarrhe parotidien présentant d'une manière périodique des exacerbations qui mettent le malade dans la nécessité d'interrompre momentanément ses travaux. Ces recrudescences se manifestent habituellement tous les ans ; mais, depuis un certain nombre d'années, le malade s'aperçoit qu'elles vont en diminuant d'intensité.

A chaque exacerbation, le tissu de la glande augmente rapidement de volume, devient turgescant et très sensible au toucher. Quand on appuie extérieurement sur la parotide et quand on fait ouvrir la bouche au malade, on voit sourdre de l'orifice du canal de Sténon sur la muqueuse buccale une goutte d'un liquide muco-purulent qu'on peut recevoir sur l'ongle.

Le malade n'est soumis à aucun traitement spécial ; seulement on applique en permanence des cataplasmes sur la partie affectée.

Le 13 novembre, c'est-à-dire au bout de cinq jours, le malade va beaucoup mieux ; les symptômes inflammatoires sont tombés et la sécrétion purulente est très notablement diminuée. Le malade demande sa sortie. — *Exeat*.

OBSERVATION III.

(CHASSAIGNAC : *Loco citato.*)

Obs. 358. — *Parotidite purulente canaliculaire. — Traitement général. — Amélioration.*

Adrien (Charles), 34 ans, ébéniste, est entré le 17 mai 1856 à l'hôpital Lariboisière.

Cet homme a eu, il y a huit ans, des chancres indurés dont il a été traité et guéri par les mercuriaux. Il ne présente aujourd'hui aucun accident syphilitique.

Il y a six semaines environ, il s'est aperçu de l'existence d'une tumeur siégeant à la région parotidienne gauche, tumeur qui augmente insensiblement de volume jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital.

18 mai. — On reconnaît que la région parotidienne gauche est le siège d'une tumeur assez volumineuse. Si l'on presse sur cette tumeur, et si l'on regarde en même temps dans la bouche du malade, on voit du pus suinter à l'orifice du canal de Sténon. Si l'on essuie par l'intérieur de la bouche la trainée purulente, en pressant sur la glande, on voit apparaître aussitôt une nouvelle goutte de pus. Cela prouve que le liquide purulent est fourni par le canal excréteur de la glande. La parotide se dessine très nettement et l'on sent le canal de Sténon à travers la peau. Le malade a le teint pâle, comme cela a lieu dans la cachexie buccale. On prescrit des frictions sur la tumeur avec la pomade d'iodure de potassium, l'iodure de potassium à l'intérieur et un gargarisme boracique.

20. — En pressant sur la parotide, on fait encore sortir du pus, mais on voit ensuite paraître le liquide propre de la glande.

22. — L'amélioration a fait de nouveaux progrès.

24. — *Exeat.*

OBSERVATION IV.

(KUSSMAUL. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1879, n° 15, page 209.)

Tumeur salivaire intermittente à la suite d'inflammation fibrino-purulente chronique du canal de Sténon.

Il s'agit d'une dame de petite taille, âgée de 32 ans, mère de 4 enfants qui, à part la rougeole, n'ont jamais été malades. Elle est réglée toutes les 4 semaines et perd pendant 8 jours. Il y a 10 ans, elle s'adressa à un dentiste qui la soigna pour de mauvaises dents et qui lui comprima accidentellement fortement les joues. Depuis elle prétend éprouver une sensation particulière dans les articulations du maxillaire, « comme si les mâchoires étaient déboîtées. » Ce n'est que depuis 4 ans que des symptômes plus gênants ont apparus. La sensation désagréable des articulations des mâchoires augmentait parfois. Elle consulta son médecin qui ne put trouver rien de particulier. Une fois il eut l'idée d'imprimer au maxillaire des mouvements, comme s'il voulait réduire une luxation de cet os, et la sensation désagréable ne se reproduisit plus pendant 15 jours. Cette sensation se reproduit de nouveau, et on remarque de temps en temps un léger gonflement de la joue droite dans la région parotidienne.

Pendant l'été de 1879, la joue enfla brusquement pendant le repas. Auparavant la malade avait eu une saveur salée dans la bouche pendant plusieurs jours. On crut qu'un insecte l'avait piquée et cependant on ne put découvrir la piqûre. Le gonflement dura une 1/2 heure et causa une sensation désagréable de compression, sans douleur spéciale. La saveur salée persista encore quelque temps.

Des gonflements analogues se produisirent depuis l'été de 1875 jusqu'à l'été de 1877, tous les 5 à 6 mois : chaque fois une saveur salée dans la bouche quelques jours avant et persistant quelques jours après la disparition de la tumeur. Les gonflements surviennent toujours pendant les repas, ne durent que peu de temps ; pendant leur durée la joue n'est ni chaude ni douloureuse ; seule une sensation désagréable de pression est notée. On fit l'ablation d'une dent de sagesse cariée à la mâchoire supérieure droite, à laquelle on attribua les accidents, mais sans succès.

Pendant l'été de 1877, il se produisit pour la première fois une tumeur plus volumineuse, de plus longue durée et assez douloureuse, surtout pendant les repas. La tuméfaction disparut après l'écoulement de pus qui sortit en gouttes épaisses de l'orifice du canal de Sténon.

Depuis, les gonflements se renouvelèrent plus souvent, tantôt après un intervalle de 2 à 3 semaines, tantôt plus souvent. Parfois ils dispa-

raïssaient rapidement; d'autres fois ils duraient plus longtemps, même pendant 8 jours, en mars 1878 : dans ce cas la tumeur se serait formée en quelques minutes. Elle était très douloureuse. Il n'y eut jamais de fièvre. Les gonflements disparaissaient sans la moindre intervention ou par la chaleur sèche, qui paraît avoir bien réussi, tandis que les applications froides étaient mal supportées. M. Krieger, médecin cantonal, soignait la malade. Il trouva dans les masses qui s'échappaient du canal de Sténon, au moment où la tumeur se vidait, non seulement du pus, mais aussi des cylindres fibreux dont la constitution fibreuse fut constatée au microscope par M. le Dr Friedländer. M. Krieger sondait le canal de Sténon droit avec une fine sonde de platine coudée en son milieu. On pouvait pénétrer de 4 centimètres. La malade apprit à se sonder elle-même et se soulageait ainsi pendant les accès de gonflement; car, en retirant la sonde, les concrétions purulentes et fibrineuses étaient expulsées, la salive s'échappait au dehors, et la tumeur diminuait ainsi que la douleur. Parfois il sortait d'abord du pus, puis de la salive, puis encore du pus et enfin de la salive.

Au commencement de novembre 1878 il y eut gonflement de la région parotidienne droite et aussi de la gauche plus légèrement.

Le 27 novembre, la joue droite se gonfla pendant que la malade prenait son premier déjeuner. Au repas de midi la tumeur augmenta de volume, comme précédemment, pendant la mastication. A 2 heures 1/2 de l'après-midi, la malade vint me trouver sur le désir de son médecin. Je trouvai une augmentation de volume considérable de la joue droite, depuis l'oreille jusqu'à l'angle de la mâchoire, ayant environ les dimensions d'une pomme de reinette, de coloration rouge, chaude, douloureuse à la pression. La tuméfaction s'atténuait peu à peu en avant au voisinage de l'œil. Pendant les mouvements de mastication, la joue augmentait visiblement de volume. La sonde ne pénétrait que de quelques millimètres dans le canal. En la retirant, il s'écoula un peu de pus jaunâtre et une matière fibrineuse, puis immédiatement après quantité de salive claire, et la tumeur diminua de volume. A ce moment la sonde pénétrait de 4 centimètres. Je ne pus constater aucune dilatation du canal salivaire, qui d'ailleurs était plus rétréci à son orifice buccal que dans son trajet. Il n'y avait pas de fièvre. M. le professeur V. Recklinghausen fit l'examen microscopique de la sérosité.

A la fin de l'année, il y eut de nouveau rétention salivaire. Je reçus cette fois de la malade un peu de salive trouble, le bouchon purulent et un cordon fibreux de 3 centimètres de long et du volume d'une aiguille à tricoter, que j'examinai. Lorsque je vis, cette fois, la malade, la tumeur qui, dans la matinée, avait été très volumineuse, avait beaucoup diminué. Cette fois encore l'examen microscopique du liquide fut fait par M. V. Recklinghausen, qui me communiqua par écrit ce qui suit :

« Dans les deux examens, il s'agissait d'un liquide louche qui contenait un long ruban de 3 centimètres, de couleur blanche. Ce dernier avait par places l'aspect d'une membrane, on le déchirait facilement et, au microscope, il avait une texture finement fibrillaire, analogue à celle des membranes séreuses : il se dissolvait dans l'acide acétique et perdait sa constitution fibrillaire comme de la fibrine ordinaire. On y voyait une quantité de cellules rondes ayant l'aspect de globules de pus frais, et aussi quelques amas de plus grandes cellules analogues à des cellules épithéliales globuleuses, renfermant un protoplasma brillant et parfois aussi des vacuoles. Ces dernières cellules étaient plus nombreuses dans le liquide, mais beaucoup moins nombreuses que les petites cellules arrondies qui causaient l'aspect louche du liquide. »

J'ai revu depuis la malade une seule fois. Elle se trouvait bien à ce moment et on ne remarquait aucune augmentation de volume des joues. Elle prend depuis quelques mois des pastilles de chlorate de potasse qu'elle laisse fondre pendant la journée dans la bouche.

Remarques

Par tumeur salivaire, on entend avec V. Bruns (1), l'augmentation de volume de la parotide consécutive à la rétention de la salive.

Dans la plupart des cas, il y a obstacle mécanique (cicatrices, calcul, corps étrangers).

D'autres fois, aucune cause connue, on fait des hypothèses. Ainsi

(1) V. Bruns. — *Handbuch der pract. Chirurgie*. 2 Abtheil, B. 1, page 1041.

V, Bruns parle d'une altération chronique de la salive, trop liquide, trop épaisse ; ou bien altération de la paroi du canal qui perd sa force de propulsion à la suite d'inflammation primitive du canal ; ou dilatation avec hypertrophie de la paroi comme dans les canaux galactophores des mamelles.

Dans mon observation, la cause était une inflammation primitive du canal de Sténon, mais le mécanisme est différent de celui qu'indique V. Bruns. Malgré la longue durée de l'inflammation, la force de propulsion du canal, c'est-à-dire, son élasticité et sa contractilité, n'a pas souffert sensiblement jusqu'ici.

La rétention de salive vient de ce que, de temps en temps, il se forme des produits purulents fibrineux qui obstruent le canal. Il s'agit d'un croup chronique du canal de Sténon qui se comporte comme cette forme de bronchite chronique fibrineuse qui s'établit à la suite d'une série d'accès aigus et subaigus avec intervalles plus longs.

Particularité de notre observation :

Rapidité de formation de la tumeur et de sa disparition.

OBSERVATION V

(TERRIER. — *Sur la rétention de la salive parotidienne.* — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1880. — Nouvelle série. — Tome VI, page 271.)

M. C..., 35 ans, jouissant d'une bonne santé, était à déjeuner, lorsqu'il s'aperçut d'un gonflement graduel de la région parotidienne : effrayé de cet accident, d'ailleurs à peine douloureux, M. C... vint aussitôt me consulter.

Je constatai, en effet, une tuméfaction très notable de la région parotidienne droite, tuméfaction se prolongeant un peu vers la joue et descendant jusqu'au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. Cette tumeur était rénitente, élastique, sans crépitation, presque indolente à la pression ; le malade n'accusait guère qu'une gêne assez forte en ou-

vrant la bouche, gêne un peu douloureuse en arrière de l'angle maxillaire. Je ne constatai pas de cordon dur sur le trajet probable du canal de Sténon. Pensant aussitôt à une rétention de la salive parotidienne, je fis ouvrir la bouche et je recherchai l'orifice du canal de Sténon. Cet orifice, blanchâtre, était occupé par un aphte et semblait oblitéré, en ce sens qu'il ne s'écoulait pas de salive par son ouverture, ce qui avait lieu de l'autre côté. A l'aide d'un fin stylèt, destiné au cathétérisme des points lacrymaux, j'essayai de pénétrer dans le canal de Sténon, mais une première tentative fut infructueuse et je fis un peu saigner la surface muqueuse dénudée par l'aphte, dont je vous ai signalé l'existence. Une seconde tentative fut plus heureuse et je pénétrai à plus d'un centimètre dans le canal de Sténon, sans rencontrer le moindre corps étranger. A peine avais-je retiré mon stylet, que je vis la salive jaillir, en quelque sorte, du conduit et s'écouler en grande quantité dans la cavité buccale.

Peu à peu la tuméfaction parotidienne diminua, et au bout d'une heure, il ne restait plus rien de ce gonflement, sauf encore un peu de gêne vers l'angle du maxillaire inférieur.

Les accidents se reproduisirent encore un peu au moment du repas du soir, toutefois la tuméfaction fut beaucoup moindre et elle disparut rapidement. Il est probable que le conduit n'était pas oblitéré, mais insuffisant dans son débit.

Le lendemain, au déjeuner, il y eut encore un peu de gêne et de gonflement, mais ce fut tout, et depuis M. C... n'a plus eu d'accident.

J'ai examiné M. C... 24 heures après ces premiers phénomènes de rétention salivaire, et j'ai de nouveau constaté la perméabilité du canal de Sténon et l'absence de tout corps étranger dans son intérieur. Quant à l'ulcération aphteuse, elle était en pleine voie de réparation, ce qui permettait de voir nettement l'orifice du canal salivaire parotidien.

OBSERVATION VI. (Résumée)

(LAURENT : *Sur deux cas de rétention salivaire dans le canal de Sténon*. — Thèses de Paris, 1881, n° 19. — Observation personnelle à l'auteur.)

Le 17 septembre 1879, je pris, par erreur, pour me laver les dents, une fiole contenant une solution de sublimé corrosif (aux 2 centièmes)... Immédiatement, sensation d'une violente brûlure... puis ptyalisme très abondant... mouvements de la mâchoire nécessités par l'expuition, douloureux... muqueuse buccale rouge, tuméfiée... haleine fétide... Au moment de manger, sensation de pesanteur dans région parotidienne; puis douleurs vives, lancinantes; volume des parotides considérablement augmenté.

Après avoir mangé, je m'examinai la bouche, et je remarquai de nombreuses ulcérations à la face interne des joues, grisâtres, peu profondes, ressemblant à des eschares, occupant toute la face interne de la joue droite. Une de ces ulcérations, n'ayant pas tout à fait les dimensions d'une lentille, à bords taillés à pic, peu profonde, à fond un peu grisâtre, se trouvait au voisinage de l'orifice du canal de Sténon, au niveau de la troisième molaire supérieure. Le bord de l'ulcération semblait border le canal excréteur, près de son orifice.

Pendant la première journée, salivation abondante; au moment de manger, le soir, gonflement et tuméfaction des parotides, douleurs; puis, disparition presque complète des phénomènes une demi-heure après le repas.

Pendant trois jours, même succession des phénomènes... puis, amélioration générale... pourtant, le sixième jour, la fumée d'une cigarette amène le gonflement de la région parotidienne...

Enfin, la guérison complète coïncida avec la guérison des ulcérations et de la stomatite qui avaient occasionné le mal... Pendant ce temps, quelques gargarismes au chlorate de potasse.

Nous croyons utile de reproduire également les conclusions de la thèse de M. Laurent, résumant son observation à lui et celle de M. Terrier, citée dans sa thèse.

1° La rétention salivaire parotidienne peut exister, et être due à la présence d'un aphte à l'orifice du canal de Sténon, ou à l'inflammation de la muqueuse buccale, avec ulcération à l'orifice et sur le trajet du canal de Sténon.

2° Cette rétention nous semble due au boursoufflement de la mu-

queuse qui tapisse le canal de Sténon et qui borde son orifice, plutôt qu'à un spasme de ce canal.

3° Elle est caractérisée par un gonflement et une tuméfaction de la glande parotide, gonflement qui est d'autant plus prononcé que la glande a plus d'activité (au moment des repas). Il peut même n'être apprécié qu'à ce moment.

4° Le pronostic est bénin, et la rétention salivaire disparaît, dès que la cause (inflammation) cesse d'agir.

5° Le traitement doit consister à employer les antiphlogistiques pour diminuer l'inflammation, et lorsqu'elle sera calmée, il faudra pratiquer le cathétérisme pour dilater le canal, empêcher son rétrécissement et s'assurer qu'il est toujours perméable.

OBSERVATION VII

(STILLER. — *Wiener medizinische Wochenschrift*. 1881. — N° 19. Page 529.)

Inflammation croupale du canal de Sténon.

Un homme vigoureux, âgé de 36 ans, que je soignais depuis longtemps, me fit appeler, il y a trois ans, pour une tumeur qui s'était formée brusquement à la face droite pendant le repas de midi.

L'examen montra que la tumeur, modérément tendue, à peine élastique, un peu pâteuse, répondait exactement à la parotide. La tuméfaction remontait jusqu'au pavillon de l'oreille, s'étendait en haut jusqu'à l'arcade zygomatique, en avant jusqu'au-delà du bord du masséter et descendait jusqu'à la face latérale du cou. La peau qui recouvrait la tumeur n'était pas plus rouge ni plus chaude qu'à l'état normal; la pression était désagréable, mais non douloureuse. Le malade se plaignait d'une sensation de tension et de chaleur au niveau du point malade. Je ne trouvai rien de particulier dans la bouche. Le poulx et la température étaient normaux.

Je constatai donc une tumeur non inflammatoire de la parotide que je supposai due à la rétention de la salive en raison de son apparition brusque. Comme je n'avais jamais rien vu de semblable, je ne pensai

pas à examiner ni à sonder le canal de Sténon où cependant devait se trouver l'obstacle à l'écoulement. Je prescrivis un enveloppement chaud et cela sans résultat. Le lendemain la tumeur était beaucoup plus volumineuse et la sensation de tension plus intense, la peau était rosée, plus chaude, et la pression douloureuse. Le malade, très anxieux et sensible, ne cessait de malaxer sa face et sa bouche, quand tout à coup, à la suite d'une pression bidigitale plus énergique, il s'échappa une masse muco-purulente et aussitôt la bouche fut remplie d'un liquide clair. En même temps, la tumeur était rapidement revenue sur elle-même et avait disparu le lendemain.

Depuis, le malade éprouve les mêmes symptômes tous les 3 ou 6 mois. La tumeur salivaire apparaît presque exclusivement pendant les repas. Cependant, elle n'a jamais plus atteint le volume primitif, parce que le malade s'empresse de la vider par une pression exercée en mettant le pouce dans la bouche et l'index sur la joue. Je pus me convaincre, à plusieurs reprises, qu'à chaque pression, il s'échappait du canal de Sténon quelques gouttes d'une sérosité puriforme et aussitôt après la salive parotidienne était expulsée.

Il est curieux de noter que le malade (très gros mangeur) peut, en tout temps, et même en dehors des repas, faire sortir de la parotide droite un jet de liquide qui se projette à une distance de 2 pieds. Il n'en est pas de même pour la parotide gauche. Il est donc évident que, dans notre cas, la parotide droite secrète davantage que la gauche, qu'il y a une véritable hypersécrétion. L'orifice du canal de Sténon est plus proéminent et plus large à droite qu'à gauche, ainsi que je pus le constater avec une sonde.

N. B. — Nous regrettons de ne pouvoir donner ici l'observation d'Evaud : *Stomatite aphteuse, grenouillette parotidienne aiguë*. — *Province médicale*, Lyon 1887. Page 661.

Le volume n'existe pas à la Bibliothèque de la Faculté. — La collection ne commence qu'à l'année 1890.

OBSERVATION VIII

(DEICHMULLER, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1890, N° 54 page 1226).

Tumeur gazeuse de la face (Rupture du canal de Sténon).

Le 9 juillet je fus consulté par le nommé A. A. âgé de 19 ans, souffleur de verre à Tschernitz, pour une tumeur du visage.

Aucun antécédent pathologique du côté de sa famille. Lui-même n'avait jamais été sérieusement malade. Une seule fois il avait été soigné pour un gonflement de la paume de la main gauche à la suite d'un effort. Cette affection guérit par le massage dans l'espace de 8 jours. Notons encore que A. s'est fait arracher, il y a deux ans, la deuxième dent à la mâchoire supérieure, et il y a 6 mois une molaire gauche à la mâchoire inférieure.

A. a toujours pu faire son travail habituel sans effort. Cependant son travail devint, depuis 5 semaines, beaucoup plus pénible lorsque, au lieu de souffler des verres ordinaires, il dut souffler des verres portant un pied très lourd. Plus tard A. me raconta qu'il commit l'imprudence de souffler beaucoup trop avec la bouche, c'est-à-dire, que les joues furent beaucoup trop distendues.

Trois semaines après, c'est-à-dire il y a 15 jours, A. remarqua sur le côté du visage, en se lavant, une tumeur de la joue droite. Il l'examina depuis assez souvent et remarqua que chaque fois elle avait augmenté de volume lorsqu'il revenait du travail (qui durait près de 18 heures sans interruption), et qu'elle diminuait de volume après le repos de 15 heures qui suivait le travail.

Je constatai que A. était assez bien constitué, bien nourri et bien portant. Une tumeur non colorée occupait la joue droite, elle avait les dimensions d'une moitié de pêche et atteignait la partie inférieure du muscle masséter. Elle était en rapport avec son bord antérieur, inférieur et postérieur, et s'étendait en haut jusqu'à un travers de doigt de l'arcade zygomatique.

La tumeur avait un son clair (tumeur non crépitante), à la percus-

sion ; elle était très élastique à la palpation qui ne donnait naissance à aucun bruit et ne modifiait ni sa forme, ni sa consistance. Elle était située sous la peau, en rapport avec la face superficielle de la parotide dont elle ne se laissait pas séparer.

En soufflant, la tumeur n'augmentait pas de volume, mais se tendait peu à peu, tandis que cette tension diminuait lentement après cessation de la pression abdominale.

D'après les anamnestiques précis et vraisemblables, il était évident qu'il s'agissait d'une tumeur gazeuse en communication avec les voies aériennes, par la bouche. Rien d'anormal du côté de l'oreille ni du pharynx : mais on remarquait dans la cavité buccale les particularités suivantes : En examinant la muqueuse de la joue droite, on trouve l'orifice du canal excréteur de la glande parotide qui reste béant et a les dimensions d'une tête d'épingle. Le pourtour de cet orifice est saillant et principalement sa partie postérieure. On introduit facilement une grosse sonde dans l'orifice et dans la direction de la tumeur. En dirigeant la sonde en haut et en dehors, on arrive facilement dans la région de la tumeur, dans laquelle la sonde se meut partout facilement et qu'on peut sentir à travers la peau.

Je ponctionne la tumeur, d'où l'air s'échappe en sifflant ; puis j'y injecte un centimètre cube de teinture d'iode, et je fais faire chaque jour deux badigeonnages de teinture d'iode.

Trois jours après je revois A. Il avait éprouvé, dans l'intervalle, une sensation de brûlure dans la tumeur, mais aucun goût particulier dans la bouche. La tumeur était légèrement augmentée de volume et rosée. Je fis souffler A. et je perçus, ainsi que le malade, un sifflement dans la tumeur, au niveau de son extrémité antéro-supérieure. La tumeur se tendait en soufflant. Le gonflement du pourtour de l'orifice buccal du canal de Sténon était encore plus notable que précédemment. Par cet orifice j'introduisis de nouveau la sonde dans la tumeur, et je divisai sur elle la peau et les parties plus profondes. Il s'échappa un peu de sérosité claire, et, lorsque A. baissa la tête, un peu de pus brunâtre.

La cavité s'étendait jusqu'en arrière de l'angle de la mâchoire, où je fis une contre-ouverture et passai un drain. Avant de retirer la sonde, je vis s'échapper du sang par l'orifice muqueux, et cet écoulement augmenta encore après avoir retiré la sonde.

Après cinq pansements, la guérison eut lieu sans incidents le 10 août. La saillie de l'orifice buccal du canal de Sténon disparut. Il devint impossible d'introduire une sonde dans le canal à droite comme à gauche, et on ne le découvrait que difficilement. A. reprit son travail de souffleur et n'a pas eu de récive.

OBSERVATION IX

(WALTHER — *Bulletin de la Société anatomique* — Mars 1892 — Fascicule N° 7).

Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires.

Au mois de juillet 1891, j'ai vu, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, un homme de 38 ans, conducteur au chemin de fer de Lyon, qui, à plusieurs reprises, avait souffert de poussées de parotidite.

En 1876 il avait eu les oreillons, et consécutivement une orchite. Quatorze ans plus tard, le 13 juillet 1890, il était pris brusquement d'un gonflement douloureux de la région parotidienne et un médecin consulté porta le diagnostic d'oreillons. Les douleurs et le gonflement durèrent peu de jours, mais le malade eut quatre poussées nouvelles depuis le mois de juillet 1890 jusqu'au mois de juillet 1891. Lorsque je l'examinai à ce moment, il présentait tous les signes de la parotidite canaliculaire, si bien vue et décrite par Chassaignac.

La région parotidienne droite était légèrement tuméfiée et douloureuse ; mais surtout l'orifice du canal de Sténon, saillant, largement béant, donnait passage à de la salive mélangée de pus, et même de sang depuis un mois environ. Ici encore le canal était rempli de gaz, et la crépitation, facile à percevoir jusqu'au bord postérieur du masséter, montrait la pénétration de ces gaz jusqu'à l'origine même du canal. Le malade vidait lui-même par succion le contenu du canal, salive purulente et sanguinolente très spumeuse.

Je conseillai des lavages fréquents avec l'eau naphtolée et une légère compression sur la région parotidienne. Je n'ai plus revu le malade qui devait revenir quelques jours après si les accidents persistaient ; je pense donc que l'affection aura été au moins améliorée.

OBSERVATION X

(WALTHER — *Loco citato*).

Dans un autre cas, observé encore à l'Hôtel-Dieu, chez une femme de 25 ans, qui avait eu depuis un an cinq poussées de parotidite subaiguë du côté droit, je constatai aussi, outre les signes de canaliculite que j'ai déjà indiqués, l'infiltration de gaz non plus seulement dans le canal de Sténon, mais dans la partie moyenne, centrale, dans les premiers lobules de la parotide.

Ici la poussée inflammatoire était plus intense ; toute la région parotidienne était tuméfiée, la peau légèrement rosée, les douleurs assez vives, les mouvements de la mâchoire difficiles.

Je vidai par expression le pus contenu dans le canal de Sténon, et je fis à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours des lavages du canal à l'eau naphtolée avec la seringue d'Anel.

La résolution se fit peu à peu, et en même temps le canal de Sténon revint à peu près à son calibre normal, la crépitation gazeuse disparut : mais la guérison ne fut complète qu'après l'extraction de deux molaires profondément cariées situées en face de l'orifice du canal et qui semblaient avoir été le point de départ de l'infection. Des lavages fréquents de la bouche, la compression sur la région parotidienne, assurèrent la guérison qui s'est maintenue depuis l'an dernier ; j'ai revu tout récemment la malade qui n'a plus trace de gonflement ni de douleur : l'orifice du canal de Sténon semble à peu près normal, et la pression ne chasse plus ni pus, ni gaz.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Inflammation chronique du canal de Sténon du côté gauche. — Dilatation du canal. — Rétention parotidienne chronique. — Envahissement du côté opposé.

Victor Hamel, 18 ans, journalier. Entré le 4 février 1889, salle Velpeau, dans le service du professeur Trélat, à l'hôpital de la Charité.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 46 ans, de phlébite variqueuse : toussait depuis longtemps. Mère âgée de 46 ans actuellement, bien portante, ne tousse pas, treize frères ou sœurs, dont trois seulement survivent et se portent bien. Les autres sont morts en bas âge (diarrhée, fièvres éruptives) : aucun n'aurait présenté de strume.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de deux ans. Variole à 4 ans : le malade en porte de nombreuses cicatrices sur la figure. A la suite de la variole survint une ophthalmie de plusieurs semaines, dont on reconnaît encore aujourd'hui les traces à quelques opacités cornéennes notées sur les deux yeux : cependant la vue est bonne, à peu près normale, les taches ne siégeant pas sur le centre de la cornée.

Ganglions sus-hyoidiens du côté gauche, datant de l'enfance et longtemps traités, sans grand succès, par l'huile de foie de morue. Ils ne sont ni douloureux, ni ramollis, ni immobiles. De plus, ils ont paru augmenter depuis les premières atteintes de son mal parotidien.

A l'âge de 14 ans commença à s'accuser un genu valgum prononcé double, dont il fait remonter l'origine à un travail très pénible qu'il faisait chez un tapissier. Il entre, pour se faire traiter, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, dans le service de M. Delens. Celui-ci pratiqua l'ostéoclasie double. Résultat parfait. Le malade a été présenté à la Société de Chirurgie. Il a fait depuis la route de Cherbourg à Paris à pied, sans fatigue particulière.

A noter l'absence absolue de toute inflammation dans le domaine de la bouche et des glandes salivaires : ni aphte, ni stomatite quelconque, ni mauvaises dents (le jeune homme n'a encore que 18 ans), ni oreillons, ni maux d'oreilles. Son attention n'a jamais été appelée du

coté de sa parotide avant l'éclosion des accidents que nous allons décrire.

Ce n'est pas un grand fumeur : cinq ou six cigarettes par jour.

Histoire de la maladie. — C'est en 1885, pendant son séjour chez M. Delens à l'hôpital Saint-Antoine, que se produisirent les premiers symptômes de l'affection.

Celle-ci débuta par une très légère démangeaison en avant de l'oreille gauche, démangeaison qui ne s'accusait d'abord que le matin, cessait assez vite et ne reparaisait pas dans le courant de la journée.

Le malade affirme qu'il n'existait alors aucune trace de tumeur, rien qui ressemblât à ce qu'on constate aujourd'hui.

Dans les premiers jours, tout s'en tint à cette légère gêne du matin, d'ailleurs toute spontanée. Il n'existait nulle douleur à la mastication, à la pression ; les mouvements de la mâchoire étaient libres, faciles, non douloureux.

Ces premiers signes allèrent en s'accroissant, mais progressivement, sans le moindre épisode aigu. Vingt jours après la première atteinte, une légère grosseur dans la région parotidienne accompagnait les démangeaisons.

C'est vers cette époque que le malade, ennuyé de sentir cette gêne, eut l'idée de presser fortement sur la tumeur pour voir si elle disparaîtrait. Elle disparut en effet sous la pression, mais un jet de liquide (un demi-verre, dit-il, ?), passa dans la bouche. En y regardant mieux les jours suivants, le malade s'aperçut qu'il venait d'abord un peu de pus presque vert, lequel était lent à sortir : puis il y avait issue brusque de salive claire qui lui remplissait la bouche.

Les choses sont restées en cet état depuis 4 ans. Chaque matin au réveil, le malade trouve une grosseur devant son oreille gauche. Elle n'est point vivement sensible, mais cause quelques démangeaisons qui avertissent de son existence. Il presse alors doucement, en ramenant le doigt d'arrière en avant, et ramène d'abord du pus, puis un flot de salive : « Ma grosseur est alors débouchée, dit-il, et je peux manger à mon aise ».

Il faut en effet remarquer un détail. Si la tumeur n'a pas été vidée le matin, par oubli, elle se tend un peu au premier repas, mais sans s'accompagner de douleur vive. Alors, tantôt le malade la vide par

pression, selon son habitude ; tantôt il la laisse évoluer pour voir ce que ça deviendra. Toujours, dans ces conditions, la tumeur s'est vidée spontanément, avec incertain degré de brusquerie. Mais c'est un jeu auquel il a fallu renoncer ; car la tension parotidienne est un peu douloureuse et bride les mouvements de la mâchoire.

Il est cependant un symptôme nouveau qui a fait son apparition quelque temps (six mois environ) après le début des accidents, c'est-à-dire, à la fin de 1885. Depuis cette époque, une fois la tumeur vidée par pression, si le malade souffle en maintenant la bouche fermée, l'air passe instantanément dans son canal de Sténon gauche et va former une petite boule au devant du lobule de l'oreille. S'il presse alors sur cette nouvelle tumeur, elle fuit sous le doigt comme de la neige qu'on écrase, en crépitant, et l'air revient en bulles par l'orifice buccal de son canal, mélangé avec un peu de salive.

Telle est son histoire jusqu'à ce jour (Février 1889). Son examen a été alors pratiqué, en notre présence, et successivement par M. Arrou, par M. Walther, chef de clinique, et par le professeur Trélat.

Examen. — Le matin, au réveil, tout au moins avant que le malade averti ait soit mangé, soit touché à sa tumeur, on constate la présence de celle-ci.

Elle est arrondie, petite, du volume d'une noisette aplatie. Elle siège exactement sous la pointe du lobule de l'oreille gauche qui la recouvre un peu. Cette tumeur n'est nullement douloureuse. Quand on presse doucement sur elle, elle s'affaisse avec une certaine lenteur : en même temps on voit sourdre par l'orifice du canal de Sténon un pus jaunâtre (10 à 15 gouttes), bientôt suivi d'un flot de salive claire, normale.

Si on invite alors le jeune homme à souffler, les lèvres closes, on voit instantanément la tumeur se reproduire ; mais elle est cette fois moins tendue, moins résistante, s'affaisse sous le doigt en crépitant finement : en même temps, l'orifice du canal laisse échapper de la salive spumeuse.

L'orifice du canal de Sténon n'est point ulcéré, on ne trouve pas d'aphte sur lui, ni la moindre érosion ; mais il est rouge, en saillie et montre une inflammation manifeste. Le canal lui-même, senti au doigt sur le masséter contracté, est plus volumineux que celui du côté

opposé; mais cette manœuvre ne provoque aucune réaction douloureuse.

Le canal, exploré à la sonde de Bowman N° 2, se montre manifestement dilaté. L'instrument pénètre avec facilité jusqu'au bord postérieur du masséter; il ne rencontre aucun calcul.

La glande paraît normale. Elle n'est ni douloureuse, ni hypertrophiée.

Traitement. — Lavage de la bouche avec la solution suivante :

Eau.....	300 grammes
Chlorate de potasse.....	12 —

A noter que cette médication gêne le malade.

S'il n'y fait pas attention, le chlorate passe dans son canal et y produit une sensation de picotement très désagréable.

Envahissement du canal de Sténon du côté droit. — Deux mois après son entrée, le malade, un matin, avertit que la même chose se passe de l'autre côté. En effet, il existe au même point une très petite tumeur (un pois), peu tendue, peu douloureuse. La pression fait sourdre une goutte de pus par l'orifice du canal de Sténon; puis un flot de salive inonde le vestibule de la bouche. L'orifice du canal est un peu rouge, mais nullement excoriée: il n'y a pas d'aphte. Il n'est pas dilaté non plus, la fine sonde de Bowman ne passe qu'avec difficulté, amenant une assez vive douleur. Il ne paraît pas qu'il existe de calcul, la sonde n'en a pas rencontré. Il n'y a pas de rétention brusque, de douleur subite. Enfin le malade ne réussit pas à faire pénétrer l'air dans son canal malade.

25 Avril 1889. — Le malade sort, très peu amélioré du côté gauche et avec un envahissement du côté droit.

Fin de 1889. — Le malade a été revu plusieurs fois dans l'année par M. Arrou. Les choses restent en leur état primitif. Toutefois le canal du côté droit paraît plus enflammé qu'au début.

Mars 1890. — Même état. Les lésions n'ont pas augmenté.

Juillet 1890. — Même état.

Février 1891. — Il existe maintenant de la crépitation dans la parotidite du côté droit; le malade peut y insuffler de l'air comme dans celle du côté gauche. Mais les douleurs sont toujours nulles. Pas de rétention aiguë.

Ici s'arrête notre observation. Heureusement que cet intéressant malade était au commencement de cette année employé à l'Hôtel-Dieu. M. Walther, chirurgien des hôpitaux, l'a revu et a présenté à son sujet une note à la Société Anatomique. Nous donnons cette note comme complément de notre observation.

OBSERVATION XII

WALTHER (*Loco citato*).

Chez ce malade, dit M. Walther, les lésions de canaliculite occupent les deux parotides. La parotide gauche est infiltrée d'air dans toute son étendue, la crépitation existe depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au dessous de l'angle de la mâchoire. On peut assez facilement vider la glande de tout l'air qu'elle contient en pressant sur tous les points, et en chassant les bulles d'air par le canal de Sténon. Puis le malade la remplit de nouveau à volonté en soufflant avec un très léger effort.

A plusieurs reprises, j'ai fait le cathétérisme du canal de Sténon qui est ici très facile, et qui peut être poussé fort loin, jusque derrière le masséter, je n'ai jamais rencontré de traces de calcul. Il s'agit bien de canaliculite chronique par infection d'origine buccale.

La parotide droite est atteinte de la même façon, seulement la pénétration de l'air est plus limitée. On ne sent la crépitation gazeuse que dans la partie moyenne de la glande: la distension du reste gagne peu à peu; elle est aujourd'hui beaucoup plus accentuée qu'il y a deux

ans, et le malade raconte très nettement que les lésions suivent, de ce côté, exactement la même marche que du côté opposé.

Chez lui tous les moyens employés sont restés sans effet. La compression, maintenue pendant quelque temps, n'a amené aucune modification. Les lavages antiseptiques fréquents ont peut-être un peu diminué l'abondance de l'écoulement muco-purulent. Mais les lésions semblent arrivées à un tel degré qu'elles ne peuvent rétrocéder.

Pour clore cette série d'observations, nous allons citer le paragraphe que notre Président, M. le professeur Tillaux, consacre au même sujet, dans son *Traité de Clinique Chirurgicale*.

« Voici un fait que j'observai à Beaujon et qui donnera une bonne
« idée de la maladie. Un jeune homme, âgé de 16 ans, est pris subitement
« d'un gonflement de la parotide gauche. En quarante-huit heures, ap-
« paraît sous la peau une tumeur du volume d'un œuf de poule,
« nettement limitée à la région, et cette tumeur disparaît en vingt-
« quatre heures. Cette disparition est due à l'écoulement par la
« bouche, à travers le canal de Sténon, d'un liquide purulent d'as-
« pect laiteux. La tumeur est indolente, et la pression à sa surface
« détermine la sortie du pus par la bouche. C'est la quatrième fois
« depuis sept ans que les mêmes phénomènes se produisent. Le cathé-
« térisme du canal de Sténon ne me permit de découvrir l'existence
« d'aucun calcul salivaire. »

Et maintenant que nous en avons fini avec les observations, nous allons aborder méthodiquement la description de la maladie, en donnant la définition, les variétés, les signes, les complications et la marche, le diagnostic, la pathogénie et le traitement.

CHAPITRE III

DÉFINITION. — VARIÉTÉS

I. DÉFINITION

Elle ressort des observations elles-mêmes : il s'agit d'une inflammation canaliculaire. Chassaignac avait donné aux deux cas qu'il avait observés le nom de parotidite purulente canaliculaire : ce titre ne semble pas parfaitement justifié. Le mot parotidite, en effet, a une signification reconnue, et dans l'emploi qu'en fait Chassaignac, il peut y avoir équivoque.

Cependant, comme l'inflammation du canal de Sténon peut s'étendre de proche en proche à la glande, nous avons cru bon de nous en tenir à un titre simple, et c'est pourquoi nous avons intitulé notre travail : *Des Inflammations du canal de Sténon*, et, pour bien marquer les limites du sujet, nous avons ajouté : *en dehors de la présence de calculs salivaires*.

II. VARIÉTÉS

Deux aspects à examiner : la *forme* et le *siège*.

I. — Quant à la forme, l'inflammation peut être :

a) **Aiguë.** — Obs. I (Demarquay). — Les accidents reviennent cinq ou six fois dans l'espace de trois ans, et toujours se présentant avec une certaine acuité.

Obs. II (Chassaignac). — Catarrhe parotidien présentant d'une manière périodique des exacerbations. Ces recrudescences se manifestent habituellement tous les ans.

Obs. IV (Kussmaul). — Pendant l'été de 1875, la joue enfla brusquement pendant le repas. — Le gonflement dura une demi-heure. — Des gonflements analogues se produisirent depuis l'été de 1875 jusqu'à l'été de 1877, tous les 5 à 6 mois... toujours pendant les repas.

Obs. V (Terrier). — Le malade était à déjeuner lorsqu'il s'aperçut d'un gonflement graduel de la région parotidienne... Les accidents se reproduisirent encore un peu au moment du repas du soir... Le lendemain, au déjeuner, il y eut encore un peu de gêne et de gonflement.

Obs. VI (Laurent). — Brûlure de la bouche par une solution de sublimé corrosif... Après avoir mangé, volume des pa-

rotides considérablement augmenté... Disparition presque complète de la tumeur une demi-heure après le repas, puis sa réapparition au moment des repas suivants.

Obs. VII (Stillier). — Tumeur formée brusquement à la face droite pendant le repas de midi... Le malade éprouve les mêmes symptômes tous les 3 ou 6 mois; la tumeur salivaire apparaît presque exclusivement pendant les repas.

Obs. IX (Walther). — Le malade est pris brusquement d'un gonflement douloureux de la région parotidienne... Il y a quatre poussées nouvelles dans l'espace d'un an.

b) **Subaiguë**. — Obs. X (Walther). — Dans l'espace d'un an, cinq poussées de parotidite subaiguë du côté droit...

c) **Chronique** (rare). — Obs. III (Chassaignac). — Pendant six semaines, la tumeur augmente insensiblement de volume.

Obs. XI (Personnelle). — D'abord, légère démangeaison en avant de l'oreille gauche; puis, vingt jours après, légère grosseur dans la région parotidienne... Chaque matin, au réveil, le malade trouve une grosseur devant son oreille gauche. Plus tard, le même phénomène se reproduit du côté droit.

II. — Quant au siège, il peut y avoir inflammation :

a) **De l'orifice**. — Obs. de Terrier : Aphte à l'orifice du canal.

Obs. de Laurent : Brûlure à l'orifice.

b) Du canal lui-même. — C'est ce qui arrive dans la plupart des cas, comme il ressort des observations qui précèdent.

c) Du canal et de ses racines. — Obs. de Demarquay. Si on exerce une légère compression sur la tumeur, on produit une crépitation fine, rappelant celle de l'emphysème.

Obs. personnelle : Une fois la tumeur vidée, si le malade souffle en maintenant la bouche fermée, l'air passe instantanément dans son canal de Sténon gauche et va former une petite boule au-devant du lobule de l'oreille. S'il presse alors sur cette nouvelle tumeur, elle fuit sous le doigt comme de la neige qu'on écrase, en crépitant, et l'air revient en bulles par l'orifice buccal de son canal, mélangé avec un peu de salive

Même phénomène un peu plus tard pour la parotide droite.

d) Du canal et des parties avoisinantes de la glande. — Obs. X (Walther). — Je constatai aussi, outre les signes de canaliculite, l'infiltration de gaz, non plus seulement dans le canal de Sténon, mais dans la partie moyenne, centrale, dans les premiers lobules de la parotide.

CHAPITRE IV

SIGNES

Les signes varient suivant qu'il s'agit de la période de *début* ou de la période d'*état*.

I. — Début. — De nos observations, il résulte que ce début est :

a) Soit **aigu**. — Pendant le repas : la plupart des inflammations aiguës se manifestent au moment du repas. Il est même probable que toutes les inflammations aiguës se déclarent à ce moment, bien qu'on n'en dise rien.

A la suite d'un aphte (Terrier), d'une brûlure (Laurent); et alors, c'est le plus souvent encore, au commencement d'un repas, que le mal s'accuse vraiment aigu.

Ici, qu'on nous permette un mot d'explication. Le début

vrai du mal était évidemment antérieur au repas ; mais, c'est au moment de manger que s'est manifesté le début apparent. Celui-ci a eu lieu par la rétention salivaire, comme nous le dirons plus loin.

b) Soit subaigu ou chronique. — Obs. III (Chassaignac) : chez son malade, la tumeur a augmenté insensiblement pendant six semaines, jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Obs. XI (Personnelle) : Dans cette forme bizarre, la notion de cause vraie échappe absolument, alors qu'elle est si claire quand il s'agit d'un aphte, d'une brûlure. Chez notre malade, en effet, l'affection débute par une très légère démangeaison en avant de l'oreille gauche, démangeaison qui ne s'accuse d'abord que le matin, cesse assez vite et ne reparait pas dans le courant de la journée : et c'est tout pendant 20 jours ; pas trace de tumeur ; pas de douleur à la mastication, à la pression. Puis, un matin, une légère grosseur dans la région parotidienne accompagne la démangeaison. Le malade, ennuyé d'être ainsi gêné, presse fortement sur la tumeur qui disparaît, mais un jet de liquide passe en même temps dans la bouche. Les jours suivants, c'est d'abord un peu de pus verdâtre qui sort, puis de la salive claire.

Les choses restent ainsi pendant 4 ans, et, chaque matin, le malade, trouvant une grosseur derrière son oreille gauche, la presse avec son doigt et ramène d'abord du pus, puis de la salive : « Ma grosseur est débouchée, dit-il, je peux manger à mon aise. » Si le malade néglige de faire cette petite manœuvre, la tumeur se vide spontanément.

Puis, au bout de six mois, nouveau symptôme. Une fois la tumeur vidée, si le malade souffle en maintenant la bouche fermée, l'air passe instantanément dans son canal de Sténon gauche et va former une petite boule au devant du lobule de l'oreille. Cette nouvelle tumeur fuit sous le doigt, comme de la neige qu'on écrase, en crépitant, et l'air revient en bulles par l'orifice buccal du canal, mélangé avec un peu de salive.

L'orifice du canal de Sténon n'est pas ulcéré ; il ne présente ni aphte, ni érosion ; il est seulement rouge, en saillie, manifestement enflammé. Le doigt sent le canal sur le masséter contracté. Ce canal est dilaté, la sonde n'y révèle aucun calcul. La glande paraît normale.

Ce n'est pas tout, et voici où le cas devient vraiment bien singulier. Un matin, le malade avertit que la même chose se passe de l'autre côté, c'est-à-dire, du côté droit. Comme précédemment pour le côté gauche, on constate une petite tumeur, la pression fait sourdre une goutte de pus par l'orifice du canal de Sténon, puis un flot de salive arrive dans la bouche. L'orifice du canal est rouge, mais pas trace d'excoriation ni d'aphte. Quelques mois plus tard, crépitation dans la parotide droite : le malade peut y insuffler de l'air comme dans celle du côté gauche.

Au commencement de cette année, M. Walther a revu le malade (obs. XII). L'affection a progressé : la parotide gauche est infiltrée d'air dans toute son étendue. A droite on ne sent encore la crépitation gazeuse que dans la partie moyenne de la glande.

Terminons par une simple remarque.

Dans beaucoup de nos observations, le gonflement paroti-

dien se produit au temps des repas. Notre malade, au contraire, vide le matin sa tumeur, et cela pour manger à son aise : il en est quitte pour toute la journée, et c'est seulement le lendemain matin, au réveil, que le gonflement a reparu.

II. — État.

a) A cette période, les **signes généraux** sont nuls.

Jamais de fièvre.

On peut nous objecter que cette absence de fièvre n'est que rarement notée d'une façon précise.

Nous répondrons que, si les auteurs négligent d'en parler, c'est tout bonnement parce qu'elle n'existe pas.

b) **Signes fonctionnels.** — C'est, en premier lieu, la *douleur*, que l'on constate dans tous les cas à début aigu, et qui présente les caractères suivants : elle est spontanée et localisée à la parotide, ou provoquée par la pression, bien qu'assez supportable et nullement comparable aux douleurs de la parotidite. — Cette douleur a cela de particulier que, dans beaucoup de cas, elle survient, ainsi que la tumeur, au moment des repas ; car, alors, la sécrétion distend la glande et le chemin lui est fermé.

D'où un second signe, la *rétenction salivaire*. Le pus, emmagasiné dans le canal, fait bouchon. Si on l'expulse par la pression, ou autrement, il fuit, et, derrière lui, coule la salive claire. — Ainsi, chez la malade de Kussmaul, la

la joue augmentait visiblement de volume pendant les mouvements de mastication. La sonde ne pénétrait que de quelques millimètres dans le canal. En la retirant, il s'écoula un peu de pus jaunâtre et une matière fibrineuse, puis, immédiatement après, quantité de salive claire, et la tumeur diminua de volume. — Le malade de Stiller, très anxieux et sensible, ne cessait de malaxer sa face et sa bouche, quand, tout à coup, à la suite d'une pression plus énergique, il s'échappa une masse muco-purulente, et, aussitôt, la bouche fut remplie d'un liquide clair.

Quel nom donner à cette rétention ? Nous croyons être autorisé à prononcer le mot de *grenouillette aiguë parotidienne*, pour tous les cas où, à table, le malade a brusquement ressenti ces deux symptômes, tumeur et douleur, le tout causé par l'impossibilité de l'écoulement salivaire. Il y a analogie absolue avec ce qui se passe pour la *grenouillette aiguë* de la glande sous-maxillaire.

c) **Signes physiques.** — On constate d'abord l'*état enflammé* de l'orifice : soit qu'il existe un aphte (cas de Terrier), soit qu'il y ait eu brûlure (cas de Laurent), soit que, la cause échappant, on ne voie qu'un orifice rouge, un peu béant. Ce dernier caractère se rencontre dans la majorité des cas et, chez notre malade notamment, l'orifice était rouge, en saillie, et montrait une inflammation manifeste, d'abord à gauche, puis ensuite à droite, quand les deux côtés furent atteints.

— C'est, en second lieu, l'*écoulement de pus* à la pression. Voici comment on procède : un doigt presse d'arrière en

avant sur le canal de Sténon, l'autre soulève la lèvre et recueille la goutte de pus sur l'ongle. — Kussmaul trouva des cylindres fibrineux dans le pus et conclut à une inflammation croupale ; mais nous savons que les Allemands emploient ce mot dans un autre sens que nous et à peu près comme synonyme d'inflammation avec dépôts fibrino-purulents.

Ce signe de l'écoulement du pus manque dans les cas très aigus et vite terminés (cas de Terrier, de Laurent) : tout reste localisé à l'orifice buccal du canal.

— Troisièmement, *écoulement de sang*. — Un seul cas (Obs. IX, Walther) : encore le sang était-il mélangé de pus. Cet écoulement était léger et obtenu par pression, ou par succion (mode que le malade employait pour vider son canal). Le fait, d'ailleurs sans importance particulière, s'explique aisément : les canaux enflammés saignent avec une grande facilité.

— Quatrièmement, *flot de salive claire* suivant immédiatement l'écoulement purulent. — Ce signe est d'un haut intérêt. Il montre que la glande est saine, au moins en partie, on peut et on doit même ajouter qu'elle l'est à peu près totalement. En effet, il sort d'abord quelques gouttes de pus, puis un flot véritable de salive.

Ce flot salivaire, vierge de pus, indique encore nettement le mécanisme de la rétention, sur laquelle nous reviendrons plus loin. La salive, accumulée dans la glande, sous tension, y faisait tumeur : qu'on débarrasse le canal des produits fibrino-purulents qui l'encombrent, il reprend ses fonctions d'excrétion, et, derrière le pus, sort, parfois avec force, un véritable flot de salive claire, jusque-là emprisonnée.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS. — MARCHE

I. COMPLICATIONS

En matière de complications, il n'existe que la *réten**tion saliv**aire*, qui est bien plutôt un symptôme qu'une complication.

A propos de l'observation de Deichmuller, on peut objecter qu'il y a eu là nécessité à intervention active, c'est-à-dire une quelconque complication sur place. Mais :

1° On ne sait, au juste, de quoi il s'agissait, et, au dire de l'auteur lui-même, il y avait rupture du canal.

2° Les premières tentatives de traitement (injection d'iode), n'ont, peut-être, pas été pour rien dans l'inflammation ultérieure.

En somme, on ne sait où classer cette observation, qui

est, en quelque sorte, hors cadre. — Celle-là écartée, il ne paraît pas que l'affection soit susceptible d'entraîner une vraie complication.

Cela dit sur Deichmuller, revenons à la rétention. C'est cette complication qui cause la tuméfaction, c'est elle qui entraîne la douleur. Sans elle, l'inflammation du canal de Sténon se réduirait à un signe : écoulement fibrino-purulent par l'orifice buccal.

II. MARCHE

Ici, à cause de l'intérêt que présente ce point de notre description, il y a nécessité d'examiner les *signes fonctionnels et physiques*. En effet les uns et les autres vont se modifier du fait de l'ancienneté d'une maladie dans le canal.

I. Signes fonctionnels. — La maladie marche par *accès* : c'est sa note caractéristique. Ces accès se répètent sans la moindre régularité, et surtout au moment des repas.

Ainsi le malade de M. Demarquay (Obs. I) avait de la tuméfaction et de la douleur lorsqu'il avait mangé, mais après le repas la tuméfaction diminuait. Les mêmes accidents se répétèrent plusieurs fois dans l'espace de 3 ans.

De même chez la malade de Kussmaul (Obs. IV), la joue enfla brusquement pendant le repas ; le gonflement dura une demi-heure. Des gonflements analogues se produisirent pendant 2 ans, tous les cinq à six mois, toujours pendant les repas,

et ne durèrent que peu de temps. Puis les gonflements se montrèrent plus rapprochés, tantôt après un intervalle de 2 à 3 semaines, tantôt plus souvent.

Le malade de Walther (Obs. IX) est pris brusquement d'un gonflement douloureux de la région parotidienne ; puis, dans l'espace d'une année, il a quatre poussées nouvelles.

Inutile de multiplier les exemples : c'est la même marche dans les autres cas.

Chacun de ces accès dure 3, 4, 5 jours, puis décroît insensiblement, ou brusquement (une pression forte, un cathétérisme ayant vidé le canal). Il s'accompagne de quelques douleurs à peu près partout signalées. Ces douleurs sont spontanées et siégeant vers l'oreille, ou exagérées par la pression, mais toujours moindres que s'il s'agissait d'un abcès, par exemple.

Ces accès successifs, répétés à distance, nous apprennent que la maladie n'est pas éteinte dans le canal, et qu'il y a une certaine analogie entre l'inflammation récidivante du canal de Sténon et celle des autres canaux (voies lacrymales, urèthre).

II. Signes physiques.

a) *Dilatation du canal de Sténon.* — Dans deux cas (Obs. III et XI), on le sentait très facilement sur la joue ; mais c'est assez rare, et d'ailleurs la saillie normale que le doigt peut saisir sur la joue est bien variable suivant les gens gras ou maigres.

Dans toutes les observations bien prises, on voit son orifice dilaté, et on va très loin dans son intérieur.

Obs. I (Demarquay) : les deux conduits de Sténon sont dilatés, ils peuvent admettre dans leur intérieur un stylet de trousse.

Obs. XI (Personnelle) : le canal exploré à la sonde de Bowman N° 2, se montre manifestement dilaté. L'instrument pénètre avec facilité jusqu'au bord postérieur du masséter.

Obs. IX (Walther) : le canal est fortement dilaté, car le malade vide d'un coup sa tumeur par un simple mouvement de succion.

Dans d'autres cas, au contraire, la dilatation est nulle et on ne passe qu'avec difficulté.

Obs. V (Terrier) : la raison en est simple, le canal n'était point malade lui-même, son orifice seul était enflammé.

b) Crépitation gazeuse. — C'est un signe qui n'apparaît que lorsque les premières ramifications du canal sont malades. Pour cela il faut évidemment du temps.

Citons à ce sujet l'observation frappante de Demarquay ; son malade a des crises de temps à autre, mais ce n'est qu'au bout de cinq ans que la crépitation apparaît.

Pourtant les deux malades de Walther avaient de la crépitation fine, bien que leur affection ne datât que d'un an ; mais il faut dire que l'un avait eu 4 poussées aiguës pendant cette année, et l'autre 5.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la maladie dont nous nous occupons doit être fait avec plusieurs autres affections. Nous allons les passer en revue et mettre en regard leurs signes caractéristiques.

I. Oreillons.

C'est une maladie des adolescents ou des soldats.

Elle est vite bi-latérale : « la maladie n'a pas de singulier. »

La fièvre est plus ou moins forte.

Il y a gonflement énorme.

Pas trace de pus.

Cependant une erreur a été commise (Obs. IX, Walther) et on peut comprendre qu'il en soit ainsi pour une affection aussi rare que celle que nous étudions. L'âge sera d'un grand

secours au début même, dans les premières heures; ensuite l'évolution sera le meilleur agent de diagnostic.

II. Parotidite. — Ici il y a des causes avérées (blessures, fièvres graves compliquées de parotidite, parotidite des néphrites...).

C'est non le canal, mais la masse de la glande qui est malade.

Il y a de la fièvre, un mauvais état général, des douleurs vives, du gonflement œdémateux, tous signes qui s'éloignent vraiment trop de ceux d'une simple inflammation du canal pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

III. Adénite parotidienne. — C'est la même chose que la parotidite, à part la cause (plaie dans le district des lymphatiques de la région parotidienne, etc.).

IV. Phlegmon sous-cutané de la région parotidienne. — Il y a de la chaleur, rougeur, douleur, le tout vif.

La lésion est nettement superficielle, étendue en plaque, non localisée.

Fièvre. — Mauvais état général.

Intégrité du canal de Sténon à son orifice buccal.

V. Inflammation calculeuse du canal. — Un calcul dans le canal de Sténon peut être, comme pour la vessie, non

une cause immédiate d'inflammation, mais un agent qui y prépare le terrain.

Le calcul amène la colique salivaire — Il est senti à la sonde de Bowman fine.

Un détail : si le calcul coexiste avec une inflammation du canal qu'il a appelée, il peut y avoir erreur, le chirurgien ne pensant qu'à l'une ou à l'autre de ces deux affections. Il faut cathétériser :

1^o) Si la sonde ne trouve rien : inflammation simple.

2^o) Si la sonde heurte un calcul : calcul ayant entraîné une inflammation toute secondaire du canal.

VI. Dilatation des joues chez les souffleurs de verre.

Nous ne pouvons discuter l'observation de Deichmuller : elle est trop peu claire pour en tirer un bon enseignement.

— Voici d'autre part le fait que M. le professeur Tillaux rapporte dans son *Traité d'Anatomie topographique* :

« Je dois signaler encore une tumeur bien spéciale à la région
« et qui n'a encore été, que je sache, indiquée jusqu'ici par
« personne. Un jeune homme me fut adressé à l'hôpital Saint-
« Louis, pour une tumeur qu'il portait au niveau de la limite
« antérieure de la région parotidienne. Je fus surpris de voir
« cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, disparaître
« tout de suite sous une pression légère du doigt. Elle se
« reproduisit dès que le malade fit une brusque expiration, la
« bouche fermée. C'était une tumeur gazeuse développée aux

« dépens d'un lobule de la glande. Le malade était souffleur de
« verre. Une injection de lait faite par la tumeur me démontra
« qu'elle communiquait avec le canal de Sténon, dont l'extré-
« mité interne était redressée et dilatée. Le repos et la com-
« pression la firent assez rapidement disparaître. »

En 1891, M. Regnault a cité des cas semblables à la Société de Biologie.

Or, dans tous ces faits, il s'agit manifestement de joues gonflées par l'action de souffler, amenant une dilatation toute mécanique de l'orifice du canal de Sténon, et pouvant ainsi aller insuffler une plus ou moins grande partie de la glande parotide. — Si l'inflammation survient par hasard, elle est simplement favorisée par la béance du canal où peuvent entrer les germes. Mais ce n'est pas une inflammation primitive, de la nature de celle que nous étudions.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

Nous allons, pour traiter cette question, du mieux que nous pourrons, examiner successivement la pathogénie de l'inflammation, de la dilatation du canal de Sténon, de la rétention salivaire et de la crépitation.

I. Pathogénie de l'inflammation.— Dans certains cas elle est nette ; aphte (Terrier) ; brûlure (Laurent). Dans ces faits, c'est une inflammation orificielle, connue, qui peut se propager au canal, mais qui peut aussi s'éteindre par le traitement voulu, sans que le temps lui soit laissé de pénétrer plus avant.

Dans d'autres cas, la notion de cause reste complètement inconnue (Observations de Demarquay, les deux de Chassaignac, obs. personnelle, etc.). Il n'en est pas moins certain que ce sont les microbes de la bouche qui ont pénétré, mais grâce à quoi ? On n'en sait rien. Quels sont ces microbes ? Personne ne

les a encore examinés dans le pus du canal. C'est une lacune qui sera peut être comblée plus tard.

Dans les fièvres graves, la bouche est dans un état lamentable (fuliginosité, état acide, etc.). Or c'est précisément alors qu'éclatent les parotidites vraies : on s'accorde aujourd'hui à leur reconnaître cette pathogénie. Il n'y a aucune raison pour ne pas la reconnaître à l'affection qui nous occupe.

Une autre preuve qu'il y a bien lieu d'incriminer l'infection buccale, c'est la bilatéralité constatée dans quelques cas, dans le nôtre en particulier.

Encore une preuve donnée par un mot de Walther (Obs. X) La guérison ne fut complète qu'après l'extraction de deux molaires profondément cariées, situées en face de l'orifice du canal et qui semblaient avoir été le point de départ de l'infection.

II. Pathogénie de la dilatation du canal de Sténon. — C'est, nous le savons, une lésion tardive. La pathogénie en a été en partie expliquée par la communication de Pilliet à la Société Anatomique (1890-1891).

1^o) D'abord l'inflammation des tuniques du canal leur fait perdre leur élasticité, et ne leur permet plus de revenir aussi facilement sur elles-mêmes, après qu'elles ont été sollicitées par un agent dilateur.

2^o) Le pus constitue cet agent dilateur.

III. Pathogénie de la rétention salivaire. — Le mé-

canisme en est simple : Bouchon de pus, rétention en arrière.

Notons que, dans le cas de Terrier, Verneuil a parlé d'un spasme de l'orifice, et cette pathogénie a été acceptée par Terrier pour le dit cas. On ne peut que s'incliner. Cependant, à la notion de spasme on peut aussi joindre celle de gonflement des lèvres de l'orifice, d'où nouvelle raison pour que la salive ne coule pas ou coule mal.

IV. Pathogénie de la crépitation. — Un premier point : le gaz est bien dans les racines du canal. C'est immédiatement au-devant de l'oreille que la crépitation se manifeste, au point qui répond bien aux origines du canal. D'ailleurs c'est la façon de voir des auteurs qui se sont occupés de la question.

Un second point : ce gaz ne naît pas spontanément, comme M. Cornil l'avait quelque peu donné à entendre. En effet, il n'y a rien ici de la gangrène et de la genèse spontanée des gaz. Il vient de la bouche et est insufflé directement : la preuve, c'est qu'il n'y en a pas au réveil ; il y en a après que l'individu a soufflé, parlé, etc., notre observation personnelle est bien démonstrative à ce sujet.

— A la fin de cette pathogénie : un mot sur quelques accidents semblables du canal de Wharton. De la même façon une inflammation de la bouche peut inflammer celui-ci et causer des grenouillettes aiguës avec tumeur, douleur, rétention. Une observation de Walther montre même le canal dilaté, purulent et des bulles crépitantes à la pression ; mais il s'agissait d'un calcul ayant appelé les lésions inflammatoires sur le canal. Or

cela sort de notre cadre. Nous n'avons ajouté ces quelques lignes que pour fournir un terme de comparaison, sans chercher à approfondir.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement doit être *prophylactique* ou *curatif*,

I. Traitement prophylactique. — Nous ne voyons pas trop comment il peut s'imposer : la maladie est vraiment par trop rare pour qu'on songe à empêcher les gens de l'avoir.

Cependant, comme dans beaucoup de cas la bouche peut être incriminée, il faut conseiller la simple propreté : mais sera-t-on, je ne dis pas toujours, mais souvent écouté ?

II. Traitement curatif. — Le mal une fois déclaré, il faut :

1^o) *Supprimer la cause* et alors, s'il s'agit d'aphte, toucher au crayon de nitrate d'argent et se gargariser au chlorate de potasse ; s'il y a des dents cariées, les arracher (Obs. X, Walther).

2^o) *S'attaquer au canal* et dans ce cas faire plusieurs fois le cathétérisme (Obs. de Kussmaul) ; ou bien désinfecter le canal au moyen de l'eau naphtolée, introduite avec la seringue d'Anel, et faire un peu de compression. Remarquons que le cas de Walther (Obs. IX), traité de cette façon, est le seul qui paraisse bien guéri. C'est donc le traitement à retenir.

Quant à pratiquer une incision, rien jusqu'ici ne semble autoriser cette intervention.

CONCLUSIONS

I. — Il existe, en dehors de la présence de tout calcul, des inflammations localisées au canal de Sténon.

II. — Ces inflammations peuvent frapper seulement l'orifice du canal, ou gagner toute l'étendue de celui-ci : il est rare que les lobules parotidiens avoisinants soient intéressés.

III. — La cause est parfois facile à découvrir (aphte, brûlure); d'autres fois elle échappe et doit être rapportée à une infection partie du vestibule de la bouche.

IV. — La maladie affecte généralement la forme aiguë, ou subaiguë avec rechutes; il est très rare qu'elle soit franchement chronique d'emblée.

V. — La complication ordinaire de cette inflammation est

la rétention salivaire, avec les douleurs qu'elle provoque et la tumeur qui l'accompagne.

VI. — L'affection ne tend pas à guérir spontanément : ses lésions s'accroissent au contraire avec le temps et peuvent gagner du côté de la glande.

VII. — Le meilleur traitement à appliquer aux inflammations du canal de Sténon consiste en injections antiseptiques (eau naphtolée), pour lesquelles la seringue d'Anel semble, dans l'espèce, l'instrument indiqué.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

1856. — **Demarquay** : Bulletins de la Société de Chirurgie, 1856, 1^{re} série, tome VII, page 181.
1859. — **Chassaignac** : Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, 1859, tome II, page 194.
1873. — **Crocq** (de Bruxelles) : Catarrhe buccal propagé par le canal de Sténon. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1873.
1879. — **Kussmaul** : Berliner klinische Wochenschrift, 1879, n° 15, page 209.
1880. — **Terrier** : Sur la rétention de la salive parotidienne. — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1880. Nouvelle Série, tome VI, page 271.
1881. — **Laurent** : Sur deux cas de rétention salivaire dans le canal de Sténon. Thèses de Paris, 1881, n° 19.

1881. — **Stiller** : Wiener medizinische Wochenschrift, 1881, n° 19, page 529. — (Cette observation est quelquefois donnée à tort, sous le nom de Miller.)
1887. — **Evaud** : Stomatite aphteuse, grenouillette parotidienne aiguë. — Province médicale, Lyon 1887, page 661. (N'existe pas à la Bibliothèque de la Faculté.)
1890. — **Deichmuller** : Berliner klinische Wochenschrift, 1890, n° 54, page 1226.
1892. — **Walther** : Bulletin de la Société Anatomique, mars 1892, fascicule n° 7.
1891. — **Regnault** : Sur la dilatation des joues chez les soufleurs de verre. — Société de Biologie.
- 1890-91. — **Pilliet** : Inflammation chronique des glandes salivaires chez les vieillards.
- Traité de Chirurgie, tome V, page 406.
- Jamain et Terrier** : Manuel de Pathologie chirurgicale, tome IV, premier fascicule, page 182.
- Tillaux** : Traité de Chirurgie clinique, tome I, pages 292 et 293.
- Tillaux** : Traité d'Anatomie topographique, page 281.
- Gross, Rohmer et Vautrin** : tome I, page 829.
- Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.— Article : Parotide.
- Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.— Article : Parotide.

TABLÉ DES MATIÈRES

Préface.....	7
Introduction.....	9
Chapitre I. — Historique.....	11
Chapitre II. — Description de la maladie précédée des Observations	15
Chapitre III. — Définition. — Variétés	39
Chapitre IV. — Signes	43
Chapitre V. — Complications. — Marche	49
Chapitre VI. — Diagnostic	53
Chapitre VII. — Pathogénie	57
Chapitre VIII. — Traitement	61
Conclusions.....	63
Bibliographie	66

